

REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI SANITARI

Io sottoscritto _____ nato a _____ il _____

C.F. _____,

preso atto che ai sensi e per gli effetti dell'art. 7, co. 3, Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio

- (i) ho il diritto, in qualsiasi momento, di revocare il consenso prestato a Fanimar sul trattamento dei Dati sanitari
- (ii) che la suddetta revoca non pregiudica la liceità del trattamento dei Dati sanitari basato sul consenso prima della revoca

revoco espressamente ed esplicitamente il consenso al trattamento dei miei Dati sanitari prestato a Fanimar, in qualità di Titolare del Trattamento.

Inviata via e-mail al seguente indirizzo E-mail: privacy@fanimar.it

_____, li __/__/____

(firma leggibile)